Capítulo 4: Tabla de beneficios

**Introducción**

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre <plan name> y cualquier restricción o límite en esos servicios [Insert if the plan has cost sharing: y cuánto usted paga por cada servicio]. También le informa sobre beneficios no cubiertos bajo nuestro plan. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

[Plans should refer members to other parts of the handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1." An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference throughout the handbook.]

[Plans should reference the stand alone Member Handbook and Provider Manual developed specifically for Nursing Facilities, which were incorporated into managed care in Texas effective March 1, 2015.]

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.*]

Tabla de Contenido

[A. Sus servicios cubiertos [*insert if the plan has cost sharing:* y lo que usted deberá pagar] 3](#_Toc519515415)

[B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios 3](#_Toc519515416)

[C. Tabla de beneficios de nuestro plan 3](#_Toc519515417)

[D. Tabla de beneficios 7](#_Toc519515418)

[E. Nuestros servicios con base en el hogar y la comunidad 45](#_Toc519515419)

[F. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero 55](#_Toc519515420)

[G. Beneficios cubiertos fuera de <plan name> 55](#_Toc519515421)

[G1. Cuidados en Hospicio 55](#_Toc519515422)

[G2. Servicios de transporte médico fuera de emergencias 56](#_Toc519515423)

[G3. Evaluación previa a la admisión y revisión de residentes (PASSR) 56](#_Toc519515424)

[H. Beneficios que noestán cubiertos por <plan name>, Medicare o Texas Medicaid 56](#_Toc519515425)

A. Sus servicios cubiertos [insert if the plan has cost sharing: y lo que usted deberá pagar]

En este capítulo se explica cuáles servicios paga <plan name>. [Insert if the plan has cost sharing: También dice cuánto paga usted por cada servicio.] También sabrá cuáles servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable]. [Insert if applicable: En este capítulo también se explican los límites que tienen algunos servicios.]

[Plans with cost sharing, insert: Para poder recibir algunos servicios usted deberá pagar ciertos costos, esto se llama “copago”. Esta es una cantidad fija (por ejemplo, $5 dólares) que pagará cada vez que reciba ese servicio. Usted pagará ese copago en el momento en que reciba el servicio médico.]

[Plans with coinsurance, insert: Para algunos servicios a usted se le cobrará una cantidad llamada coseguro. Este es un porcentaje del costo del servicio que usted deberá pagar en el momento de recibirlo.]

[Plans with **no** cost sharing for any services described in this chapter, insert: Debido a que usted recibe asistencia de Texas Medicaid, usted no deberá pagar por sus servicios cubiertos, siempre y cuando cumpla con las reglas del plan. Lea el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] para conocer los detalles sobre las reglas del plan.]

Si usted necesita ayuda para entender cuáles servicios están cubiertos, llame a su Coordinador de servicios and/or Servicios al miembro al <toll-free number>. [Plans should include a phone number or other contact information.]

B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios

No permitimos a los proveedores de <plan name> que le cobren por sus servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y le evitamos que usted tenga que pagar facturas. Incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que éste haya cobrado por un servicio.

Usted no debería recibir nunca una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto pasa, lea el Capítulo 7 [plans may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al miembro.

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

[Plans may add references to long-term care or home and community-based services.]

En la Tabla de Beneficios se indica cuáles servicios están cubiertos por el plan. Allí encontrará listas de categorías de servicios por orden alfabético y explicación sobre cuáles servicios están cubiertos. [Plans that include an index at the end of the chapter should insert: Para encontrar un servicio en latabla, también puede usar el índice que se encuentra al final del capítulo.]

**Pagaremos por los servicios indicados en la Tabla de beneficios solamente cuando se cumplan las siguientes reglas.** [Plans that do not have cost sharing, insert: Usted no pagará nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se explican a continuación.]

* Sus servicios cubiertos de Medicare y Texas Medicaid deben ser proporcionados de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Texas Medicaid.
* Los servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros, equipo y medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que es razonable que usted necesite los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o mantener su estado de salud actual. Esto incluye cuidado para evitar que usted tenga que ir a un hospital u hogar de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de práctica médica. [Plans should add the state-specific definition of “medically necessary” as appropriate *and ensure that it is updated and used consistently throughout member material models*.]
* [Insert if applicable: Usted recibe su cuidado de salud de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con su plan de cuidado de salud. En la mayoría de los casos, el plan no cubrirá el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] hay más información sobre cómo usar los proveedores de la red y fuera de la red.]
* [Plans should describe how a member can obtain services.]
* [Insert if applicable: Usted tiene un proveedor de cuidados primarios (PCP) o un equipo de cuidados que le proporciona y está a cargo del cuidado de su salud. [Plans that do not require referrals, omit the rest of this paragraph:] En casi todos los casos, su PCP deberá darle una aprobación antes que usted pueda ir a ver a alguien que no es su PCP o usar otros proveedores en la red del plan. A esto se le llama pre-autorización. En el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] hay más información sobre cómo obtener una pre-autorización y los casos en que no es necesario obtenerla.]
* [Insert if applicable: Algunos de los servicios anotados en la Tabla de beneficios serán cubiertos solamente si su equipo de cuidados, su médico u otro proveedor de la red reciben primero nuestra aprobación. Esto se llama autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan una autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios [insert as appropriate: con un asterisco (\*) **or** con una nota al pie de la página **or** en letra negrita **or** en letra cursiva]. [Insert if applicable: Además, usted deberá obtener autorización previa para poder recibir los siguientes servicios, que no están incluidos en la Tabla de beneficios: [insert list]]
* [Insert if plan is offering targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits in section B-19 of the Plan Benefit Package submission: **Información importante sobre beneficios para personas inscritas con ciertas condiciones crónicas**. Si usted tiene la(s) siguiente(s) condición(es) crónica(s) y cumple con cierto criterio médico, usted puede ser eligible para beneficios adicionales [*insert if applicable*: y/o un costo compartido reducido]:
  + [*List all applicable chronic conditions here.*]

Por favor lea la fila “Ayuda con ciertas condiciones crónicas” en la Tabla de beneficios para más información.]

* [Insert as applicable: La mayoría **or** Todos] los cuidados preventivos son gratuitos. Usted verá esta manzana Apple icon represents preventive services al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

[Instructions on completing the Benefits Chart:

* For all preventive care and screening test benefit information, plans that cover a richer benefit do not need to include the given description (unless it is still applicable) and may instead describe the plan benefit.
* Include the following where appropriate: Usted deberá hablar con su proveedor y obtener una pre-autorización.
* Plans must include any services provided in excess of the Medicare and Texas Medicaid requirements. Preventive services must be identified with the apple icon.
* Plans should clearly indicate which benefits are subject to prior authorization. (This can be done with asterisks, footnotes, bold type, or italic type. Plans should select one method of indication throughout the document; do not use multiple methods.)
* Plans may insert any additional benefits information based on the plan’s approved benefit package that is not captured in the Benefits Chart or in the exclusions section. Additional benefits should be placed alphabetically in the chart.
* Plans must describe any restrictive policies, limitations, or monetary limits that might affect a beneficiary’s access to services within the chart.
* Plans may add references to the list of exclusions as appropriate. If an excluded benefit is highly similar to an allowed benefit, the plan must add an appropriate reference to the list of exclusions. If the benefit does not resemble any exclusion, then the plan should not reference the exclusion list.
* Plans should include all non-waiver LTSS in the chart in alphabetical order.
* All HCBS waiver services should be appended to the end of the chart.
* Plans should include any other services (non-capitated) they can help members get.
* Plans offering targeted supplemental benefits in section B-19 of the Plan Benefit Package submission must:
  + *Deliver to each clinically-targeted enrollee a written summary of those benefits so that such enrollees are notified of the “Uniformity Flexibility” benefits for which they are eligible.*
  + *Update the Benefits Chart to include details, as applicable, about the exact targeted reduced cost sharing amount for each specific service and/or the additional supplemental benefits being offered.*]

D. Tabla de beneficios

[*When a benefit continues from one page to the next, plans enter a blank return before right aligning and inserting at the bottom of the first part of the description:* **Este beneficio continúa en la página siguiente*.*** *At the top of the next page where the benefit description continues, plans enter the benefit name again in bold followed by* **(continuación).** *Plans may refer to* **Equipo medico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados** *and other examples later in this chart as examples. Plans should also be aware that the flow of benefits from one page to the next may vary after plan-customized information is added, which may necessitate adding and/or removing these instructions in other services as needed. For consistency, these formatting instructions are applicable to Sections D and E.*]

| Servicios pagados por nuestro plan | | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- | --- |
|  | Agencia de cuidado de salud en el hogar  [Plans should modify this section to reflect Texas Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Antes de recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, un doctor deberá determinar que usted los necesita y que deben ser ofrecidos por una agencia de cuidados de salud en el hogar.  El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Servicios de tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y asistentes de salud en el hogar (cubiertos bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de asistente de salud en el hogar combinados deben tener en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana.) * Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla * Servicios sociales y médicos * Equipo y suministros médicos | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Texas Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Atención en instituciones de enfermería especializada. | $0 |
|  | [If this benefit is not applicable, plan should delete this row.]  **Ayuda con ciertas condiciones crónicas**  [*Plans that offer targeted “Uniformity Flexibility” supplemental benefits, which enrollees with certain chronic condition(s) may be eligible to receive from a network provider, should include information about the specific benefits and (as applicable) reduced cost sharing. The benefits listed here must be approved in the Plan Benefit Package submission.*] | [List copays.] |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes  El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas que tengan diabetes (incluso si no usan insulina):   * Suministros para vigilar los niveles de glucosa en la sangre, incluyendo lo siguiente: * Un monitor de glucosa en sangre * Tiras de prueba para la glucosa en sangre * Dispositivos para lancetas y lancetas * Preparados de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras de prueba y monitores * Para las personas con diabetes que tengan enfermedades graves en los pies, el plan pagará lo siguiente:   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Capacitación en control personal, servicios y suministros para controlar la diabetes (continuación)   * Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluyendo plantillas) y dos pares adicionales de plantillas, cada año, o * Un par de zapatos de profundidad (hondos) y tres pares de plantillas cada año, (esto no incluye las plantillas removibles que no son hechas a medida proporcionadas con estos zapatos)   El plan también pagará la adaptación de zapatos terapéuticos hechos a medida o profundos.   * En algunos casos, el plan pagará educación para ayudarle a controlar la diabetes.   [List any additional benefits offered.] |  |
|  | Cirugías como paciente externo  El plan pagará cirugías como paciente externo y servicios en instituciones para pacientes externos en un hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Consejería para dejar de fumar o consumir tabaco  Si usted usa tabaco pero no tiene señales o síntomas de tener una enfermedad relacionada con el tabaco:   * El plan pagará dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de fumar como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito. Cada sesión de consejería para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas en persona.   Si usted usa tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el uso del tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco:   * El plan pagará dos sesiones de consejería en un periodo de 12 meses para intentar dejar de consumir tabaco. Cada sesión de consejería para intentar dejar de usar tabaco incluye hasta cuatro consultas en persona.   El plan también ofrece consejería para dejar de consumir tabaco a las mujeres embarazadas.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades del corazón)  El plan pagará una visita al año a su [insert as appropriate: médico **or** proveedor] de cuidados primarios para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades del corazón. Durante esta visita, su médico puede:   * Hablarle sobre el uso de la aspirina, * Revisar su presión arterial (de la sangre), o * Darle consejos para asegurarse que usted esté comiendo bien.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| Preventative services | [Plans should modify this section to reflect plan-covered supplemental benefits as appropriate. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Cuidado de la vista  El plan pagará servicios de un médico para pacientes externos por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo. Por ejemplo, esto incluye exámenes anuales de la vista para detectar retinopatías en personas con diabetes y el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare no cubre exámenes de ojos regulares para recetar anteojos o lentes de contacto.  Para las personas con un alto riesgo de tener glaucoma, el plan pagará un examen de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de tener glaucoma incluyen:   * personas con una historia familiar de glaucoma, * personas con diabetes, * personas afroamericanas de 50 años y mayores, y * personas hispanoamericanas de 65 años y mayores.   El plan pagará un examen de los ojos cada dos años.  [Plans should modify this description if the plan offers more than is covered by Medicare and Texas Medicaid.] El plan pagará un par de lentes o de lentes de contacto cada dos años. | $0 |
|  | Cuidado necesario de urgencia  El cuidado necesario de urgencia es el cuidado para tratar lo siguiente:   * un caso que no es una emergencia, **o** * una enfermedad inesperada, o * una lesión, o * una enfermedad que necesite cuidado inmediato.   Si usted necesita cuidado de urgencia, deberá tratar de obtenerlo primero de un proveedor de la red. Sin embargo, usted podrá usar proveedores fuera de la red cuando no pueda ir a ver a un proveedor de la red.  Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos. | $0 |
|  | [*Plans should modify this section to reflect Texas Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate*.]  Cuidados de salud mental para pacientes externos   * El plan pagará servicios de salud mental proporcionados por: * un psiquiatra o médico con licencia del Estado, * un psicólogo clínico, * un trabajador social clínico, * una enfermera clínica especializada, * una enfermera con licencia, * un asistente médico, o * cualquier otro profesional del cuidado de la salud mental certificado por Medicare según las leyes aplicables del Estado. * El plan pagará los siguientes tipos de servicios de salud mental para pacientes externos: * Servicios clínicos [*plans should include any Texas Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)*] * Tratamiento de día [*plans should include any Texas Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)*] * Servicios de rehabilitación sicosocial [*plans should include any Texas Medicaid limitations that apply (e.g., number of visits)*]   [*List any additional benefits offered.*] | $0 |
|  | Cuidados de salud mental para pacientes internos   * El plan pagará servicios de cuidado psiquiátrico que requieran una estadía en el hospital. [List days covered and restrictions, such as a 190-day lifetime limit for inpatient services in a psychiatric hospital, unless the 190-day limit does not apply due to Texas Medicaid wrap-around coverage. The 190-day limit does not apply to inpatient mental health services provided in a psychiatric unit of a general hospital.] | $0 |
|  | Cuidados en hospicio  Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.  El plan pagará lo siguiente mientras usted recibe servicios de hospicio:   * Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor * Cuidados de respiro a corto plazo * Cuidados en el hogar   **Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B son facturados por Medicare.**   * Para más información, lea la sección F de este capítulo.   Este beneficio continúa en la página siguiente | $0 |
|  | Cuidados en hospicio (continuación)  **Para los servicios cubiertos por <plan name>, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B:**   * <Plan name> cubrirá los servicios cubiertos por el plan, que no están cubiertos por Medicare Parte A o B. El plan cubrirá los servicios, incluso si no se relacionan con su pronóstico médico terminal. Usted paga [*insert as appropriate*: la cantidad de costo compartido del plan or nada] por estos servicios.   **Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de <plan name>:**   * Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para más información, por favor lea el capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].   **Nota:** Si usted necesita cuidado que no sea de hospicio, debe llamar a su coordinador de servicios para pedir ese servicio. El cuidado que no es de hospicio es el que no está relacionado con su pronóstico médico terminal. [Plans should replace the term “coordinador de servicios” with the term they use and include a phone number or other contact information.]  [Insert if applicable, edit as appropriate: Nuestro plan cubre los servicios de consulta en hospicio (una sola vez) para una persona con una enfermedad terminal, que no ha elegido el beneficio de residencia en un hospicio para enfermos terminales.] |  |
|  | Cuidados en instituciones de enfermería especializada (SNF)  [List days covered and any restrictions that apply, including whether any prior hospital stay is required.]  El plan pagará por los siguientes servicios y posiblemente otros servicios no anotados aquí:   * Una habitación semiprivada o privada, si es médicamente necesaria * Alimentos, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería * Terapia física, ocupacional y del habla * Medicamentos que usted reciba como parte de su plan de cuidados, incluyendo sustancias encontradas naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea * Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración [modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] * El plan pagará sangre entera y glóbulos rojos empacados, comenzando con la cuarta unidad que usted necesite. Usted deberá pagar las tres primeras unidades de sangre que reciba en un año calendario o donarse sangre a usted mismo o recibir la donación de otra persona. * El plan pagará todos los demás componentes de sangre, comenzando con la primer pinta utilizada * Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por instituciones de enfermería * Exámenes de laboratorio proporcionados por instituciones de enfermería   **Este beneficio continúa en la página siguiente** |  |
|  | Cuidados en instituciones de enfermería especializada (SNF) (continuación)   * Radiografías y otros servicios radiológicos proporcionados por instituciones de enfermería * Dispositivos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por instituciones de enfermería * Servicios de un médico o proveedor   Generalmente, usted recibirá su cuidado de instituciones de la red. No obstante, posiblemente usted pueda recibir su cuidado de una institución fuera de nuestra red. Usted puede obtener cuidado de los lugares siguientes, si estos aceptan las cantidades que paga nuestro plan.   * Un hogar de cuidados para personas de la tercera edad o la comunidad para jubilados donde usted vivió antes de ir al hospital (siempre y cuando ésta ofrezca servicios de institución de enfermería). * Una institución de enfermería donde viva su esposo/esposa al momento de abandonar el hospital. |  |
|  | Cuidados en un hospital como paciente interno  [List any restrictions that apply.]  El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) * Comidas, incluyendo dietas especiales * Servicios de enfermería regulares * Costos de unidades de cuidado especial como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario * Medicamentos * Exámenes de laboratorio * Radiografías y otros servicios de radiología * Suministros médicos y quirúrgicos que sean necesarios * Aparatos, como sillas de ruedas * Servicios de sala de operaciones y de recuperación * Terapia física, ocupacional y del habla * Servicios como paciente interno por abuso de sustancias * Análisis de sangre, incluyendo su almacenamiento y administración de los mismos [modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] * El plan pagará por sangre entera y glóbulos rojos empacados, comenzando con la cuarta unidad que usted necesite. Usted deberá pagar las tres primeras unidades de sangre que reciba en un año calendario o donarse sangre a usted mismo o recibir la donación de otra persona. * El plan pagará todos los demás componentes de sangre, comenzando con la primer pinta utilizada   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0  Usted deberá obtener aprobación del plan para seguir recibiendo cuidado como paciente interno en un hospital fuera de la red, una vez que su emergencia esté bajo control. |
|  | Cuidados en un hospital como paciente interno (continuación)   * Servicios médicos * En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, y órganos intestinales/multiviscerales.   Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para que se le haga un trasplante. [Plans should include the following, modified as appropriate: Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted podrá obtener estos servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de cuidado para su comunidad. Si <plan name> proporciona servicios de trasplante fuera del patrón de cuidado para su comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, haremos los arreglos necesarios o pagaremos por el alojamiento y los costos de viaje para usted y otra persona.] [Plans may further define the specifics of transplant travel coverage.] |  |
|  | Cuidados médicos de emergencia  Cuidado de emergencia significa servicios que son:   * ofrecidos por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, y * necesarios para tratar una emergencia médica.   Una “emergencia médica” es un problema médico acompañado por un dolor severo o una lesión seria. Dicha condición es tan seria que si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar que cause:   * riesgo grave para su salud o la del feto; o * daños graves a las funciones del cuerpo, o * funcionamiento grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo, o * En el caso de una embarazada en trabajo de parto, cuando: * no hay tiempo suficiente para transportarle a otro hospital antes del parto, sin riesgo. * un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad o la del feto.   Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos. | $0  Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidado como paciente interno después que su emergencia ha sido estabilizada, [plans should insert information as needed to accurately describe emergency care benefits: (e.g. usted deberá regresar a un hospital de la red para que continuemos pagando por su cuidado. Usted podrá seguir recibiendo cuidados como paciente interno en un hospital fuera de la red, solamente si el plan aprueba su estadía.)]. |
|  | [Plans should modify this section to reflect Texas Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Dispositivos prostéticos y suministros relacionados  Los dispositivos prostéticos reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. El plan pagará los siguientes aparatos prostéticos y, posiblemente, otros aparatos que no han sido incluidos aquí:   * Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de una colostomía * Marcapasos * Aparatos ortopédicos * Zapatos prostéticos * Brazos y piernas artificiales * Prótesis para senos (incluye un sostén quirúrgico después de una mastectomía)   Además, el plan pagará algunos suministros relacionados con los dispositivos prostéticos. El plan también cubrirá la reparación o el reemplazo de dispositivos prostéticos.  El plan ofrece cobertura parcial después de una cirugía de cataratas.Vea la sección de arriba para más información sobre el “Cuidado de la vista”[plans may insert reference, as applicable]**.** [Plans that pay for prosthetic dental devices, delete the following sentence:] El plan no pagará dispositivos prostéticos dentales. | $0 |
|  | [Plans that cover durable medical equipment as a Texas Medicaid benefit should modify the following description if necessary.]  Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados  (Lea una definición de "Equipo médico duradero (DME)" en el capítulo 12 [plans may insert reference, as applicable] de este manual.)  Los siguientes artículos están cubiertos:   * sillas de ruedas * muletas * sistemas de camas eléctricas * suministros para diabéticos * camas de hospital pedidas por un proveedor para usar en el hogar * bombas para infusión intravenosa (IV, por sus siglas en inglés) * dispositivos de generación de voz * oxygen equipm equipos y suministros de oxígeno * nebulizadores * andadores   Otros artículos podríanestar cubiertos.  [Plans that do not limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert:Pagaremos por todo el DME que sea médicamente necesario, por el que Medicare y Medicaid de Texas usualmente paga. Si nuestro suplidor en su área no tiene alguna marca, o manufacturero en particular, usted les puede preguntar si pueden hacer un pedido especial para usted.]  **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados(continuación)  [Plans that limit the DME brands and manufacturers that you will cover, insert the following (para mas informació sobre este requerimiento puede referirse al Manual de manejo de Cuidado de Medicare, Capítulo 4, Sección 10.12.1 et seq.).Con este Manual del Miembro, le enviamos la lista de DME de <plan name>. Esta lista le dice las marcas y los manufactureros de DME que nosotros pagaremos. La lista más reciente de marcas y manufactureros por los que pagaremos también estádisponible en nuestra página de internet en <URL>.  Generalmente, <plan name> cubre cualquier DME cubierto en la lista de proveedores y manufactureros de Medicare y Medicaid de Texas. Nosotros no cubriremos otras marcar y manufactureros, a menos que su doctor u otro proveedor nos diga que usted necesita esa marca. Pero si usted es nuevo en <plan name> y está usando una marca de equipo médico duradero (DME) que no está incluida en la lista, continuaremos pagando por dicha marca por un máximo de 90 días. Durante este tiempo usted debería hablar con su doctor para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de ese período de 90 días. (Si usted no está de acuerdo con su doctor, puede pedir una segunda opinión.)  Si usted (o su médico) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. Si no está de acuerdo con la decisión de su doctor sobre qué producto o marca es la apropiada para su problema médico, usted también puede presentar una apelación. (Para obtener más información sobre las apelaciones, lea el Capítulo 9 [plans may insert reference, as applicable].)] |  |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Examen de aneurisma aórtico abdominal  Una ecografía de detección por única vez para las personas a riesgo. El plan sólo cubre este examen si usted tiene ciertos factores de riesgo y si su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica le envían a hacer la ecografía. | $0 |
|  | Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros como paciente externo  El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Radiografías * Terapia de radiación (radioterapia y terapia de isótopos), incluyendo materiales que usan los técnicos, y suministros * Suministros quirúrgicos, como vendajes * Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones * Análisis de laboratorio * [Modify as necessary if the plan begins coverage with an earlier pint:] Sangre, comenzando con la cuarta unidad que usted necesite. Usted deberá pagar las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donarse sangre a usted mismo o recibir la donación de otra persona. El plan pagará almacenamiento y administración, comenzando con la primera pinta que usted necesite. * Otras pruebas de diagnóstico como paciente externo   [Plans can include other covered tests as appropriate.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes de obesidad y terapia para bajar de peso  Si su índice de masa corporal es de 30 o más, el plan pagará consejería para bajar de peso. Usted deberá obtener la consejería en un lugar de cuidados primarios. De esta manera, podrá ser controlada con su plan de prevención integral. Hable con su [insert as appropriate: médico **or** proveedor] personal para obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes de VIH  El plan pagará por un examen de evaluación de VIH cada 12 meses, para las personas que:   * soliciten una prueba de VIH, o * tengan alto riesgo de contraer una infección por VIH.   Para las mujeres embarazadas, el plan pagará hasta tres pruebas de evaluación del VIH durante el embarazo.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes exploratorios para cáncer de próstata  El plan pagará para los hombres de 50 años y mayores los siguientes servicios una vez cada 12 meses:   * Un examen de tacto rectal * Una prueba de antígeno prostático específico (PSA)   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para controlar la diabetes  El plan pagará este examen (incluyendo las pruebas de glucosa en ayunas), si usted tiene alguno de los factores de riesgo:   * Presión arterial alta (hipertensión) * Historia de niveles de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia) * Obesidad * Historia de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa)   En algunos casos estas pruebas pueden ser cubiertas, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso y si su familia tiene historia de diabetes.  Dependiendo de los resultados de los exámenes, usted podría ser elegible para recibir hasta dos exámenes cada 12 meses para el control de la diabetes.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer colorrectal  El plan pagará los siguientes servicios para personas de 50 años y mayores:   * Sigmoidoscopía flexible (o enema de bario exploratoria) cada 48 meses * Prueba de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses * Prueba de sangre oculta en heces o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses * Cribado colorrectal basado en el ADN cada 3 años   Este beneficio continúa en la página siguiente | $0 |
|  | Exámenes para detectar el cáncer colorrectal (continuación)  Para las personas que tengan alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopía exploratoria (o una enema de bario exploratoria) cada 24 meses.  Para las personas que no tengan un alto riesgo de tener cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopía exploratoria cada diez años (pero no dentro de un periodo de 48 meses desde la fecha en que le hayan hecho una sigmoidoscopía flexible).  [List any additional benefits offered.] |  |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer de seno (mamografías)  El plan pagará los siguientes servicios:   * Una mamografía inicial de referencia entre las edades de 35 y 39 años * Una mamografía cada doce meses para las mujeres de 40 años y mayores * Un examen clínico de los senos cada 24 meses   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar el cáncer del cuello del útero y vaginal  El plan pagará los siguientes servicios:   * Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cada 24 meses. * Para las mujeres a alto riesgo de cáncer del cuello del útero o vaginal, una prueba de Papanicolaou cada 12 meses * Para las mujeres que tengan un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y que estén en edad de concebir, una prueba de Papanicolaou cada 12 meses   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para detectar la depresión  El plan pagará un examen para detectar la depresión cada año. Los exámenes se deben hacer en un lugar de cuidado primario donde usted pueda recibir tratamiento de seguimiento y preautorizaciones.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes para la detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón)  El plan paga análisis de sangre cada cinco años (60 meses), para saber si usted tiene una enfermedad cardiovascular. Estos análisis de sangre también detectan defectos a causa de un alto riesgo de enfermedades del corazón.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Exámenes y consejería para tratar infecciones de transmisión sexual (STI)  El plan pagará exámenes de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes serán cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tengan mayor riesgo de tener una infección de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario [insert as appropriate: médico **or** proveedor] deberá ordenar las pruebas. Nosotros cubriremos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos casos durante el embarazo.  El plan también pagará hasta dos sesiones intensivas de consejería del comportamiento, en persona, una vez al año para adultos activos sexualmente y con mayor riesgo de tener infecciones de transmisión sexual. Cada sesión podrá ser de 20 a 30 minutos de duración. El plan pagará estas sesiones de consejería como un servicio preventivo, solamente si son dadas por un [insert as appropriate: médico **o** proveedor] de cuidados primarios. Las sesiones deben ser en un lugar de cuidados primarios como en el consultorio de un médico.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Texas Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Exámenes y orientación por el abuso de alcohol  El plan pagará un examen para establecer el abuso de alcohol en adultos que lo consumen pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas.  Si el resultado de su examen por abuso de alcohol es positivo, usted puede recibir hasta cuatro sesiones de consejería breves, en persona, una vez al año (si usted está alerta durante las sesiones) con un [insert as appropriate: médico **or** proveedor] de cuidados primarios calificado o un médico en un lugar de atención de cuidados primarios.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | Medicamentos de receta de Medicare Parte B  Estos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte B. <Plan name> pagará por los siguientes medicamentos:   * Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que son inyectados o de infusión mientras recibe servicios de un médico como paciente externo de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria * Medicamentos usados mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que han sido autorizados por el plan * Factores de coagulación que se inyecta usted mismo, si tiene hemofilia * Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano * Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Estos medicamentos serán pagados, si usted no puede salir de su casa, si tiene una fractura que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y si no puede inyectarse el medicamento usted mismo * Antígenos * Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas * Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto contra la heparina (cuando sea médicamente necesario), anestésicos locales y agentes estimulantes de la eritropoyesis [plans may delete any of the following drugs that are not covered under the plan] (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) * Globulina inmune intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Medicamentos de receta de Medicare Parte B (continuación)  El Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable]explica sus beneficios de medicamentos de receta como paciente externo y también las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas.  El Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable]explica lo que usted pagará por sus medicamentos como paciente externo a través de nuestro plan. |  |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Medición de la masa ósea (de los huesos)  El plan paga ciertos procedimientos para los miembros elegibles (normalmente, para personas a riesgo de perder masa ósea o a riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa de los huesos, encuentran si hay pérdida ósea o miden la calidad de los huesos. El plan también pagará servicios una vez cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará por un médico que estudie y comente los resultados.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | [If this benefit is not applicable, plans should delete this row.]  Programas de educación de salud y bienestar  [These are programs focused on health conditions such as high blood pressure, cholesterol, asthma, and special diets. Programs designed to enrich the health and lifestyles of members include weight management, fitness, and stress management. Describe the nature of the programs here. Plans should include information on enhanced disease management, tele-monitoring, web/phone-based technology and counseling services.] | $0 |
| Preventative services | Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)  El plan pagará por servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar comportamientos saludables. Le ofrece entrenamiento práctico en:   * cambio de dieta a largo plazo, **y** * aumento de la actividad física, **y** * maneras de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | $0 |
| Preventative services | Pruebas de detección del cáncer de pulmón  El plan pagará las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:   * Tiene 55-77 años, y * Tiene una visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, y * Ha fumado al menos 1 atado al año durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o fuma ahora o dejó de fumar en los últimos 15 años.   **Después de la primera prueba de detección, el plan pagará otra prueba de detección por año con una orden escrita de su médico u otro proveedor que califique.**  [List any additional benefits offered.] |  |
|  | Servicios como paciente externo para evitar el abuso de sustancias  [Describe the plan’s benefits for outpatient substance abuse services.] | $0 |
|  | [Plans with no day limitations on a plan’s hospital or nursing facility coverage may modify or delete this row as appropriate.]  Hospitalización: Servicios cubiertos en un hospital o un centro especializado de enfermería durante una hospitalización no cubierta  Si su estadía como paciente interno no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.  Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará los servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o en un lugar con servicios de enfermería. El plan pagará los siguientes servicios y, posiblementeotros que no están incluidos aquí:   * Servicios de un médico * Exámenes de diagnóstico, como análisis de laboratorio * Terapia de rayos X, radioterapia y terapia de isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos * Apósitos quirúrgicos * Entablillados, yesos y otros dispositivos para fracturas y dislocamientos o luxaciones * Dispositivos ortopédicos y prostéticos no dentales, incluyendo el reemplazo o las reparaciones de esos dispositivos. Estos son dispositivos que: * reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno (incluyendo el tejido contiguo), o * eemplazan la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funciona o funciona mal. * Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, armazones y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a ruptura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado del paciente * Terapia física, del habla y ocupacional | $0 |
|  | Servicios de ambulancia  Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios terrestres y aéreos (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano dónde puedan atenderle. Su enfermedad debe ser tan grave que, si lo llevan a algún lugar de cuidados por otros medios, podría poner a riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deberán ser aprobados por el plan.  En aquellos casos que no sean emergencias, el plan podría pagar por el servicio de una ambulancia. Su enfermedad debe ser tan grave que, llevarle a algún lugar de cuidados por otros medios podría poner a riesgo su vida o su salud. | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente externo  El plan cubrirá los servicios médicamente necesarios que usted reciba para un diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión en el departamento de pacientes externos de un hospital.  El plan pagará los siguientes servicios y, posiblemente, otros servicios que no están incluidos aquí:   * Servicios en una sala de emergencias o en una clínica de pacientes externos como servicios de observación o cirugía como paciente externo * Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital * Cuidado de salud mental, incluyendo el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente interno sería necesario sin ese cuidado   Este beneficio continúa en la página siguiente | $0 |
|  | Servicios de hospital como paciente externo (continuación)   * Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital * Suministros médicos, como entablillados y yesos * Algunos exámenes y servicios preventivos * Exámenes y servicios preventivos detallados en la Tabla de beneficios * Algunos medicamentos que no puede administrarse usted mismo   [List any additional benefits offered.] |  |
|  | [Plans should modify this section to reflect Texas Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de hospitalización parcial  La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios o mediante un centro de salud mental comunitario. Es más intensa que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarlo a evitar una hospitalización.  [Network plans that do not have an in-network community mental health center may add: **Nota**: Como no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio de hospital para pacientes ambulatorios.] | $0 |
|  | Servicios de médico o proveedor, incluyendo consultas en consultorios  El plan pagará los siguientes servicios:   * Servicios de cuidado de salud o cirugías médicamente necesarios, en lugares como: * Un consultorio médico * Un centro quirúrgico ambulatorio certificado * Una clínica de pacientes externos de un hospital * Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista * Exámenes básicos del oído y de equilibrio realizados por su [insert as applicable: médico **o** proveedor de cuidados primarios **or** especialista], si su médico lo ordena para ver si usted necesita tratamiento * [Insert if the plan has a service area and providers/locations that qualify for telehealth services under the Medicare requirements: Algunos servicios de Telehealth, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento de un médico o profesional para pacientes en áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare] * Segunda opinión [insert if appropriate: de otro proveedor de la red] antes de un procedimiento médico * Cuidado dental que no sea de rutina. Los servicios cubiertos se limitarán a lo siguiente: * Cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, * Reposición de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, * Extracción de dientes antes de tratamientos de radiación de cáncer neoplástico, o * Servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico.   [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | [Plans should modify this as necessary.]  Servicios de planificación familiar  La ley permite que usted elija a cualquier proveedor para recibir ciertos servicios de planificación familiar. Esto quiere decir cualquier doctor, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar.  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Examen y tratamiento médico de planificación familiar * Exámenes de laboratorio y de diagnóstico para planificación familiar * Métodos de planificación familiar (píldoras, parches, diafragma, dispositivo intrauterino, inyecciones o implantes para el control de la natalidad) * Suministros de planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, gel, diafragma o barrera uterina) * Consejería y diagnóstico sobre infertilidad y servicios relacionados * Consejería y exámenes por infecciones de transmisión sexual (STI), SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) * Esterilización voluntaria (usted debe tener 21 años o más y debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización. Entre la fecha de la firma del formulario y la fecha de la cirugía deberán pasar por lo menos 30 días, pero no más de 180 días). * Consulta sobre genética.   **Este beneficio continúa en la página siguiente** | $0 |
|  | Servicios de planificación familiar (continuación)  El plan pagará también por otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, usted deberá ver a un proveedor de la red del plan para poder recibir los siguientes servicios:   * Tratamiento médico para casos de infertilidad (este servicio no incluye procedimientos artificiales para quedar embarazada) * Tratamiento del SIDA y otras enfermedades relacionadas con el VIH * Pruebas genéticas |  |
|  | Servicios de podiatría  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos doblados o talones calcáneos) * Cuidado de rutina de los pies para los miembros con enfermedades que afectan las piernas, como la diabetes   [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)  El plan pagará servicios de rehabilitación del corazón, como ejercicios, educación y consejería. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de acuerdo con una [insert as appropriate: pre-autorización **or** orden] de un médico. El plan cubre también programas de rehabilitación cardíaca intensiva, los cuales son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca normales. | $0 |
|  | [Plans should modify this section to reflect Texas Medicaid or plan-covered supplemental benefits as appropriate.]  Servicios de rehabilitación como paciente externo  El plan pagará terapia física, ocupacional y del habla.  Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes externos de un hospital, de terapeutas independientes, de instituciones de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) y de otras instituciones. | $0 |
|  | Servicios de rehabilitación pulmonar  El plan pagará programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El miembro deberá tener [insert as appropriate: una pre-autorización **or** una orden] de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la enfermedad pulmonar obstructiva crónica COPD.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
|  | [Plans should include this row if applicable. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Servicios dentales  <Plan name> pagará por los siguientes servicios:  [List any additional (non-waiver) benefits offered, such as routine dental care, dental X-rays, and cleanings.] | $0 |
|  | [Plans that cover hearing services as a Texas Medicaid benefit should modify the following description if necessary. Add the apple icon if listing only preventive services.]  Servicios para la audición  El plan paga por pruebas de audición y de equilibro, realizadas por su proveedor. Estas pruebas mostrarán si usted necesita tratamiento médico y serán cubiertas como cuidado de paciente externo si las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.  El plan también pagará audífonos, para un oído, cada cinco años.  [List any additional benefits offered, such as routine hearing exams, additional hearing aid benefits, and evaluations for fitting hearing aids.] | $0 |
|  | Servicios quiroprácticos  El plan pagará los siguientes servicios:   * Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación   [List any additional benefits offered. Also list any restrictions, such as the maximum number of visits.] | $0 |
|  | Servicios de salud del comportamiento  El plan pagará los siguientes servicios:   * Administración de casos dirigida a la salud mental * Servicios de rehabilitación de salud mental | $0 |
|  | Servicios de asistencia personal  El plan cubrirá un ayudante personal para que le ayude con las actividades diarias.  El plan podría pagará los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Arreglo personal * Alimentación * Baño * Vestido e higiene personal * Tareas funcionales de la vida diaria o asistencia con planificación * Preparación de alimentos * Transporte o ayuda para obtener transporte * Asistencia con ambulación y movilidad * Refuerzo de respaldo de conducta o actividades terapéuticas especializadas * Asistencia con medicamentos   Estos servicios pueden ser autodirigidos si usted lo decide. Esta opción le permite a usted o a su representante legalmente autorizado a ser el empleador de sus proveedores de servicios y a dirigir la prestación de los servicios del programa. | $0 |
|  | Servicios y suministros para tratar enfermedades renales  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe estar en la etapa IV de insuficiencia renal crónica y su doctor deberá darle una pre-autorización. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal. * Tratamientos de diálisis como paciente externo, incluyendo tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporariamente fuera de su área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 [plans may insert reference, as applicable] * Tratamientos de diálisis como paciente interno, si usted ingresa como paciente a un hospital para recibir cuidado especial. * Entrenamiento para hacerse diálisis a usted mismo, incluyendo entrenamiento para usted y para otra persona que le ayude en su hogar con sus tratamientos de diálisis. * Equipo y suministros para hacerse diálisis en el hogar. * Ciertos servicios de respaldo en el hogar, tal como las visitas necesarias por personas entrenadas en diálisis para que revisen la diálisis que se está haciendo en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua.   Sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B pagarán por ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información, lea más arriba “Medicamentos de receta de Medicare Parte B”. | $0 |
|  | Terapia de nutrición médica  Este beneficio es para personas con diabetes o con insuficiencia renal pero que no reciben diálisis. También es para aquellos que han recibido un trasplante de riñón cuando ha sido [insert as appropriate: preautorizado **or** ordenado] por su médico.  El plan pagará tres horas de servicios de consejería, en persona durante el primer año que usted reciba servicios de terapia nutricional bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage o Medicare). Después de eso, nosotros pagaremos dos horas de servicios de consejería, en persona, por año. Si su problema, tratamiento o diagnóstico cambian, usted podrá recibir más horas de tratamiento, si obtiene la [insert as appropriate: pre-autorización **or** orden] de un doctor. Un doctor deberá prescribir estos servicios y renovar la [insert as appropriate: pre-autorización **or** orden] una vez por año, si su tratamiento es necesario durante el próximo año calendario.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Vacunas (inmunizaciones)  El plan pagará por los siguientes servicios:   * Vacuna contra la neumonía * Vacunas contra la influenza (gripa) una vez al año en el otoño o el invierno * Vacunas contra la hepatitis B, si está a riesgo elevado o intermedio de contraer hepatitis B * Otras vacunas, si usted está a riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Parte B   El plan pagará por otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de Medicare Parte D. Lea el Capítulo 6 [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información.  [List any additional benefits offered.] | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Visita anual para el cuidado de su salud  Si usted ha estado inscrito en Medicare Parte B por más de 12 meses, usted podrá recibir un examen anual. Este examen tiene como fin actualizar o desarrollar un plan preventivo basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará esta visita una vez cada 12 meses.  **Nota:** Usted no podrá recibir su primer examen anual dentro de un periodo de 12 meses desde la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. A usted le cubrirán sus exámenes anuales después de haber estado en la Parte B por 12 meses. No será necesario que tenga primero su visita de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |
| La manzana roja indica servicios preventivos. | Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”  El plan cubrirá una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” una sola vez. La visita incluye:   * un examen de su salud, * educación y consejería sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluyendo exámenes e inyecciones), y * preautorizaciones para otro tipo de cuidado, si lo necesita.   **Nota:** Cubriremos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” sólo durante los primeros 12 meses en que tenga Medicare Parte B. Cuando haga su cita, diga en el consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. | $0 |

**E. Nuestros servicios con base en el hogar y la comunidad**

Además de estos servicios generales, nuestro plan cubre también servicios con base en el hogar y la comunidad. Éstos son servicios que usted podría usar en lugar de ir a una institución. Para recibir algunos de estos servicios, usted tendrá que ser elegible para el programa de excepción en el hogar y la comunidad (STAR+PLUS Waiver). Su coordinador de servicios colaborará con usted para decidir si estos servicios estarán en su Plan de cuidados.

[Plans should modify this table to reflect additional plan-covered benefits as appropriate.]

| Servicios basados en la comunidad cubiertos por nuestro plan | Lo que usted debe pagar |
| --- | --- |
| Alimentos llevados al hogar  El plan cubre alimentos nutritivos calientes servidos en su hogar. Los alimentos están limitados a 1 ó 2 por día. | $0 |
| Ayudas de adaptación y suministros médicos  El plan cubre los siguientes dispositivos, controles, aparatos o artículos necesarios para satisfacer sus necesidades específicas, incluyendo aquellos necesarios para soporte de vida, hasta un límite de $10,000 por año.  El plan podría pagar por lo siguiente si es médica o funcionalmente necesario y tal vez otros artículos o servicios no anotados aquí:   * Elevadores, incluyendo elevadores para vehículos * Ayudas para movilidad * Interruptores de control o interruptores y dispositivos neumáticos * Unidades de control medioambiental * Suministros médicamente necesarios * Ayudas para comunicaciones (incluyendo baterías) * Equipo de adaptación o modificado para las actividades de la vida diaria * Sujetadores de seguridad y dispositivos de seguridad   Los administradores de casos pueden ayudarle a obtener suministros o equipo médico. | $0 |
| Ayuda con el empleo  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Identificación de sus preferencias de empleo, habilidades de trabajo y requisitos para un entorno y condiciones de trabajo * Localización de posibles empleadores, que ofrezcan un empleo comparable a sus preferencias, habilidades y requisitos identificados * Comunicación con un posible empleador en su nombre y negociación de su empleo * Transporte * Participación en las reuniones del equipo de planificación de servicios | $0 |
| Consulta de respaldo  El plan cubre una consulta de respaldo opcional, proporcionada por un consejero de respaldo certificado elegido.  Este consejero le ayudará a aprender sobre las responsabilidades de un empleador y cómo cumplir con ellas.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Reclutamiento, selección y contratación de trabajadores * Preparación de descripciones de trabajo * Verificación de elegibilidad para el empleo y capacidades y otros documentos requeridos para emplear a una persona * Administración de trabajadores * Otras destrezas profesionales, como sea necesario | $0 |
| Cuidado temporero para adultos  El plan cubre arreglos de alojamiento las 24 horas en un hogar de cuidados temporeros si usted tiene limitaciones físicas, mentales o emocionales o si no puede continuar funcionando independientemente en su propio hogar.  El plan podría pagar por los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Preparación de alimentos * Servicios de limpieza del hogar * Cuidado personal * Tareas de enfermería * Supervisión * Servicios de compañía * Asistencia para la vida diaria * Transporte |  |
| Cuidados de respiro  El plan podría pagar por los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios hasta para 30 días al año y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Asistencia personal * Actividades de habilitación * Actividades comunitarias * Actividades de ocio * Supervisión de su seguridad * Desarrollo de comportamientos apreciados socialmente * Desarrollo de destrezas para la vida diaria   Los cuidados de respiro se proporcionan para garantizar su comodidad, salud y seguridad. Pueden proporcionarse en los siguientes lugares: su casa o lugar de residencia, en un hogar de cuidados temporeros para adultos; en una institución de enfermería especializada certificada por Texas Medicaid y en una institución de vida asistida. | $0 |
| Empleo con respaldo  El plan cubre empleo con respaldo, proporcionado para usted en su sitio de trabajo, si:   * usted necesita servicios de respaldo para mantener el empleo debido a una discapacidad, * le pagan salario mínimo (o más) por el trabajo realizado, y * su sitio de trabajo es competitivo e integrado.   El plan también cubre el transporte de ida y vuelta a su sitio de trabajo y supervisión y capacitación para usted, más allá de lo que le proporcionaría normalmente su empleador. | $0 |
| Modificaciones menores en el hogar  El plan cubre modificaciones menores en su hogar para garantizar su salud, bienestar y seguridad y para permitirle vivir más independientemente en su hogar. El plan cubrirá hasta $7,500 durante el curso de su vida y también cubrirá hasta $300 por reparaciones cada año.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Instalación de rampas y barandas para sostenerse * Ampliación de entradas * Modificación a las instalaciones del baño y la cocina, y * Otras adaptaciones de acceso especializadas | $0 |
| Servicios de asistencia de transición  El plan cubre una transición de una institución de enfermería especializada a un hogar en la comunidad, hasta un límite de $2,500.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Pago de los depósitos de seguridad necesarios para rentar un apartamento o casa * Cuotas o depósitos para establecer servicios públicos para el hogar, incluyendo teléfono, electricidad, gas y agua * Compra del mobiliario esencial para el apartamento o casa, incluyendo mesa, sillas, persianas, utensilios de mesa, artículos para preparación de alimentos y toallas de baño * Pago de los gastos de mudanza requeridos para mudarse u ocupar la casa o departamento * Pago de los servicios para garantizar su salud en el apartamento o casa, como erradicación de pestes, control de alérgenos o una limpieza única antes de la mudanza | $0 |
| Servicios de asistencia personal  El plan cubrirá asistencia personal para ayudarle con las actividades de la vida diaria.  El plan podría pagará los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y posiblemente otros servicios que no han sido incluidos aquí:   * Arreglo personal * Alimentación * Baño * Vestido e higiene personal * Tareas funcionales de la vida diaria o asistencia con planificación * Preparación de alimentos * Transporte o ayuda para obtener transporte * Asistencia con ambulación y movilidad * Refuerzo de respaldo de conducta o actividades terapéuticas especializadas, y * Asistencia con medicamentos | $0 |
| Servicios de enfermería  El plan cubre el tratamiento y monitoreo de sus condiciones médicas, especialmente si usted tiene alguna condición crónica que requiera tareas específicas de enfermería. | $0 |
| Servicios de habilitación de día  Estos servicios le ayudan a obtener, retener o mejorar las destrezas necesarias para vivir con éxito en el entorno del hogar o en la comunidad.  Estos servicios promueven la independencia, las decisiones personales y el logro de los resultados identificados en su plan de servicios. | $0 |
| Servicios dentales  El plan cubre los siguientes servicios para ayudarle a conservar los dientes y satisfacer sus necesidades médicas hasta por $5,000 por año. Si se requieren los servicios de un cirujano oral, usted podría obtener $5,000 adicionales por año.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Tratamientos dentales de emergencia * Tratamientos dentales preventivos * Tratamientos dentales terapéuticos (restauración, mantenimiento, etc.) * Tratamientos dentales ortodónticos | $0 |
| Servicios de respuesta a emergencias  EL plan cubre servicios de respuesta a emergencias para usted mediante un sistema de monitoreo electrónico, 24 horas del día, 7 días de la semana.  En una emergencia, usted puede oprimir un botón para avisar que necesita ayuda. | $0 |
| Servicios de tareas funcionales de la vida diaria  Estos servicios le ayudan a:   * Planificar y preparar alimentos * Transporte o ayuda para conseguir transporte * Asistencia con ambulación y movilidad * Respaldo de refuerzo del comportamiento o actividades de terapias especializadas * Asistencia con los medicamentos | $0 |
| Servicios de vida asistida  El plan cubre arreglos de alojamiento las 24 horas en un hogar de cuidados temporeros si no puede vivir independientemente en su propio hogar.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Casa de huéspedes o cuidado de acompañante, que le proporciona: * Asistencia personal * Tareas de vida funcional * Supervisión de su seguridad * Actividades de habilitación * Vida supervisada, que le proporciona: * Asistencia personal * Tareas de vida funcional * Supervisión de su seguridad * Actividades de habilitación * Servicio de respaldo residencial, que le proporciona * Asistencia personal * Tareas de vida funcional | $0 |
| Terapia de rehabilitación cognitiva  El plan cubre servicios que le ayudan a aprender o reaprender destrezas cognitivas.  Estas destrezas podrían haberse perdido o alterado, como resultado de un daño a las células cerebrales o a la química cerebral. | $0 |
| Terapia física  El plan cubrirá terapia Física, evaluación y tratamiento por un terapeuta físico con licencia.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Evaluación y tratamiento * Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico * Intervención terapéutica directa * Asistencia y capacitación con dispositivos de ayuda de adaptación y para la comunicación * Consultas y capacitación para otros proveedores y familiares * Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado | $0 |
| Terapia del habla, oído y el lenguaje  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Evaluación y tratamiento * Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico * Intervención terapéutica directa * Asistencia y capacitación con dispositivos de ayuda de adaptación y para la comunicación * Consultas y capacitación para otros proveedores y familiares * Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado | $0 |
| Terapia ocupacional  El plan cubrirá terapia ocupacional para usted, la cual proporciona evaluación y tratamiento por un terapeuta ocupacional con licencia.  El plan podría pagar los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios y tal vez otros servicios no anotados aquí:   * Evaluación y tratamiento * Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico * Intervención terapéutica directa * Asistencia y capacitación con dispositivos de ayuda de adaptación y para la comunicación * Consultas y capacitación para otros proveedores y familiares * Participación en el equipo de planificación de servicios, cuando sea apropiado | $0 |

F. Los beneficios de nuestro plan de visitante o viajero

[If your plan offers a visitor/traveler program to members who are out of your service area, insert this section, adapting and expanding the following paragraphs as needed to describe the traveler benefits and rules related to getting the out-of-area coverage. If you allow extended periods of enrollment out-of-area per the exception in 42 CFR §422.74(b)(4)(iii) (for more than 6 months up to 12 months), also explain that here based on the language suggested below:

Si usted está fuera de su área de servicio del plan por más de seis meses, normalmente lo retiraremos de nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa de visitante/viajero [specify areas where the visitor/traveler program is being offered] que le permitirá permanecer inscrito en nuestro plan cuando esté fuera de nuestra área de servicio hasta por 12 meses. Este programa está disponible para todos los miembros de <plan name> que estén en un área como visitante/viajero. Con nuestro programa de visitante/viajero, usted podrá recibir todos los servicios cubiertos por el plan, a precios de costo compartido, dentro de la red. Usted puede comunicarse con el plan para que le ayuden a encontrar un proveedor, cuando use el beneficio de visitante/viajero.

Si está en un área como visitante/viajero, usted podrá seguir inscrito en nuestro plan hasta el <end date>. Si no ha vuelto al área de servicio del plan el <end date>, se le retirará del plan.]

G. Beneficios cubiertos fuera de <plan name>

[Plans should modify this section to include additional benefits covered outside the plan by Medicare fee-for-service and/or Texas Medicaid fee-for-service, as appropriate.]

Los siguientes servicios no están cubiertos por <plan name>, pero están a su disposición a través de Medicare o Texas Medicaid.

G1. Cuidados en Hospicio

Usted puede obtener cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Usted tiene derecho a elegir el hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que usted tiene un pronóstico médico terminal. Esto significa que usted tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Los programas de hospicio proporcionan cuidado paliativo y de respaldo a los miembros y a las familias, para atender las necesidades especiales causadas por las tensiones físicas, sicológicas, espirituales, sociales y económicas, experimentadas en las etapas finales de una enfermedad y durante la muerte y el duelo. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.

Para más información sobre lo que <plan name> paga mientras usted reciba servicios de cuidados en un hospicio, lea la sección D de la Tabla de beneficios en este capítulo.

**Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B en relación con su pronóstico médico terminal:**

* El proveedor del hospicio facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios del hospicio y cualquier servicio de Medicare Parte A o B. Usted no pagará nada por estos servicios.

**Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B, que no estén relacionados con su pronóstico médico terminal (excepto por cuidados de emergencia y cuidados necesarios urgentemente):**

* El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará por los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B. Usted no pagará nada por estos servicios.

**Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de <plan name>:**

* Los medicamentos nunca son cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, por favor lea el capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable].

**Nota:** Si usted necesita cuidados fuera del hospicio, usted deberá llamar a su coordinador de servicios para hacer los arreglos para los servicios. Los cuidados fuera del hospicio son los cuidados sin relación con su pronóstico médico terminal. [Plans should include a phone number or other contact information.]

G2. Servicios de transporte médico fuera de emergencias

Estos son servicios de transporte para llevarle a sus citas médicas, como al médico, al dentista o a la farmacia.

G3. Evaluación previa a la admisión y revisión de residentes (PASSR)

Éste es un programa para garantizar que los miembros no son colocados inapropiadamente en instituciones de enfermería especializada. Éste exige que (1) se evalúe a los miembros en cuanto a enfermedades mentales, discapacidad intelectual o ambas; (2) se ofrezca en el entorno más apropiado para sus necesidades (lugares en la comunidad, una institución de enfermería especializada o para enfermos agudos); y (3) que reciban los servicios que necesiten en esos entornos.

H. Beneficios que noestán cubiertos por <plan name>, Medicare o Texas Medicaid

Esta sección dice qué tipos de beneficios están excluidos del plan. “Excluidos” significa que el plan no paga por esos beneficios. Medicare y Texas Medicaid tampoco los pagarán.

La siguiente lista describe algunos servicios y algunos elementos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna circunstancia, y algunos que están excluidos del plan, sólo en algunos casos.

El plan no pagará los beneficios médicos anotados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del miembro*) excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Si cree que debemos pagar un servicio que no esté cubierto, usted puede apelar. Lea el Capítulo 9, si quiere información sobre cómo apelar [plans may insert reference, as applicable].

Además de cualquier limitación o exclusión descrita en la Tabla de beneficios, **los siguientes elementos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**

[The services listed in the remaining bullets are excluded from Medicare’s and Texas Medicaid’s benefit packages. If any services below are plan-covered supplemental benefits or are required to be covered by Texas Medicaid or under a State’s demonstration, or have become covered due to a Medicare or Texas Medicaid change in coverage policy, delete them from this list. When plans partially exclude services excluded by Medicare, they need not delete the item but may revise the text to describe the extent of the exclusion. Plans may add parenthetical references to the Benefits Chart for descriptions of covered services/items as appropriate. Plans may also add exclusions as needed.]

* Los servicios considerados como “no razonables y necesarios” según los estándares de Medicare y Texas Medicaid, a menos que estos servicios estén incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.
* Tratamientos médicos y quirúrgicos, elementos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Lea el capítulo 3, páginas <page numbers> para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los elementos experimentales son los que, en general, no son aceptados por la comunidad médica.
* Tratamiento de cirugía para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por ello.
* Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario.
* Servicios privados de enfermería
* Elementos personales en su habitación en un hospital o en una institución de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.
* Cuidado de enfermería de tiempo completo en su hogar.
* [Plans should delete this if State allows for this:] Servicios de ama de casa, incluyendo servicios de asistencia básica con las tareas del hogar, limpieza ligera o preparación de alimentos
* [Plans should delete this if State allows for this:] Los honorarios cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.
* Procedimientos o servicios de mejora opcionales o voluntarios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, desempeño sexual, desempeño atlético, fines cosméticos, antienvejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
* Cirugía cosmética u otros tratamientos cosméticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte deformada del cuerpo. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y por tratar el otro seno para darle la misma forma.
* [Plans should delete this if dental services are supplemental benefits:] Cuidado dental regular, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas. No obstante, el cuidado dental requerido para atender enfermedades o lesiones podría estar cubierto como paciente interno o externo.
* Cuidado quiropráctico, distinto a la manipulación manual de la columna conforme a los reglamentos de cobertura de Medicare.
* Cuidado de los pies de rutina, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las normas de Medicare.
* Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de un arnés y estén incluidos en el costo del arnés o los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
* Dispositivos de soporte para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
* [Plans should delete any of the following if covered as supplemental benefits:] Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otras ayudas para la vista reducida.
* Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos de venta libre.
* Acupuntura.
* Servicios naturopáticos (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
* Servicios proporcionados a veteranos en centros de Asuntos de veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios de emergencia en un hospital de Asuntos de veteranos (VA) y el costo del VA sea mayor que el costo compartido bajo nuestro plan, le reembolsaremos al veterano la diferencia. Los miembros seguirán siendo responsables de las cantidades de costos compartidos.